GUÍA PARA DIFUNDIR Y PROMOVER EL MODELO DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS FRENTE AL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO





Autores:
Iniciativas Sanitarias: Cecilia Stapff, Leonel Briozzo y Ana Labandera
IPPF/RHO: Jennifer Friedman, Giselle Carino y Marcela Rueda

Diseño y formación editorial
Diana Pérez González
dp.creativity@gmail.com

Agradecimientos:
Queremos agradecer a Carolina Orjuela de Profamilia/Colombia, María Faget y Carmen Rodríguez (Uruguay) por su tiempo y aportes a la publicación.

Guía para difundir y promover el modelo de reducción de riesgos y daños frente al aborto provocado en condiciones de riesgo
Federación Internacional de Planificación de la Familia
Región del Hemisferio Occidental, Inc.
www.ippfwhr.org
Iniciativas Sanitarias
www.iniciativas.org.uy

La edición consta de 1,000 ejemplares.
México, D.F., mayo de 2011.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

El modelo de reducción de riesgos y daños frente al aborto provocado fue desarrollado en el 2001 por Iniciativas Sanitarias (IS), una asociación de profesionales de la salud de Uruguay, como una respuesta a la problemática de aborto inseguro, ya que ésta era una de las principales causas de muerte materna en el país. En dicho país de Sudamérica, el aborto no es legal pero a través de la estrategia de IS, fue posible instrumentar una normativa, aprobada inicialmente por el Ministerio de Salud Pública y luego promulgada como ley que habilita las consultas de consejería pre y post aborto para reducir así los riesgos de provocarlo con métodos inseguros. Este modelo ha sido probado y evaluado en Uruguay y a través de una alianza con la red de Asociaciones Miembros de la Federación Internacional de la Planificación Familiar Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) se está implementando en diferentes países de Latinoamérica y el Caribe.

El tema del aborto no es un tema menor de salud sexual y reproductiva sino que es un tema donde se expone el "dilema" del comienzo y el final de la vida, dando lugar a un entrecruzamiento de factores morales, éticos, religiosos y culturales que operan en la sociedad. Esto lo vuelve un tema particularmente polémico y complejo para manejar públicamente. Desde la perspectiva de Iniciativas Sanitarias y la IPPF/RHO, el aborto provocado en condiciones de riesgo es y debe ser considerado, un problema de salud pública donde están violentados la justicia, los derechos humanos y la equidad de género. La dicotomía "a favor" vs "en contra" generada entorno al aborto, no hace más que polarizar e invalidar acciones. El modelo de reducción de riesgos y daños propicia que los profesionales de salud puedan cumplir un rol importante en romper con esta dicotomía, habilitando el compromiso sin realizar juicio de valor, promoviendo el cambio en la relación sanitaria[1] y que las mujeres puedan ejercer sus derechos humanos. El aborto como un tema de derechos humanos está altamente reconocido, incluso está resaltada en el posicionamiento reciente del Departamento de Desarrollo Internacional de Inglaterra (DFID) que declara que el acceso a los servicios de aborto seguro es un derecho y es una necesidad.[2]

El modelo de reducción de riesgos y daños desarrollado en Uruguay ha sido adaptado a diferentes entornos. Debido a su carácter innovador, este modelo requiere de un cuerpo argumental propio, donde se articulan y reordenan enfoques y valores fundamentales para la práctica médica y el respeto de los derechos humanos básicos. A pesar del carácter universal del modelo, la experiencia acumulada por IS y la IPPF/RHO con la expansión del mismo en la región, ha demostrado la necesidad de contar con una estrategia de comunicación clara que ayude a promover, difundir y preservar los componentes claves en los diferentes contextos en los que se aplica. El propósito no es dar respuestas puntuales a posibles cuestionamientos sino promover reflexiones y sugerir lineamientos que aporten a la elaboración de un discurso público propio para respaldar la implementación del modelo de reducción de riesgos y daños en otros contextos, donde se encuentren las instituciones afiliadas a la IPPF/RHO y otros grupos interesados. Para ello, es sumamente importante diseminar mensajes precisos, contundentes y veraces y presentar un abordaje estratégico para trabajar con los medios de comunicación y las/los tomadoras/es de decisiones, con el doble propósito de generar cambio social y formular políticas públicas en salud que permitan respaldar el trabajo de quienes atienden esta problemática. En ese sentido, la comunicación siempre es una herramienta de una estrategia de acción que responde a un objetivo específico lo cual en este caso sería la implementación del modelo y el establecimiento de políticas públicas que respaldan el servicio.

1 Cuando hablamos de la relación sanitaria nos referimos a la interacción entre las usuarias y los equipos de salud y la necesidad de construir una relación de horizontalidad basada en el respeto por la autonomía y los derechos de las usuarias.

2 UKAid and the Department for International Development. Policy position on safe and unsafe abortion, 2009. Disponible en: http://www.pacifichealthsummit.org/initiatives/MNH/MNHresources.aspx (Acceso 12/10/10)

OBJETIVOS

Esta guía está dirigida a los profesionales de la salud y sus equipos, comprometidos en mejorar la atención de las mujeres en situación de embarazo no deseado, desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos. Tiene como propósito darle a los profesionales elementos que aporten en un discurso público que sustente y respalde la implementación del modelo de reducción de riesgos y daños tomando en cuenta a los principales actores involucrados, los profesionales y sus equipos, autoridades de gobierno y los medios de comunicación.

Objetivos específicos:

- Identificar los elementos y argumentos claves del modelo para los equipos de salud.
- Diseñar los mensajes principales del modelo de reducción de riesgos y daños para que sean adaptados y utilizados efectivamente con distintas audiencias por los voceros del modelo.
- Fortalecer el discurso público de quienes están implementando el modelo, particularmente las asociaciones miembros de IPPF/RHO, adaptado a la realidad local, de manera de que se empoderen como agentes de cambio en la defensa del mismo a nivel privado y público y en la promoción de una nueva relación sanitaria.
- Ofrecer elementos para el diseño de estrategias que permitan incluir el tema de salud sexual y reproductiva con énfasis en la prevención de aborto inseguro en la agenda de los medios de comunicación.

FUNDAMENTO CONCEPTUAL DEL MODELO

El modelo de reducción de riesgos y daños del aborto inseguro intenta generar cambios al interior de las instituciones de salud dando una respuesta solidaria y oportuna a las mujeres frente al problema del embarazo no deseado.

En términos generales el modelo de reducción de riesgos y daños permite reivindicar los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos internacionalmente reconocidos, avanzando desde el discurso de los derechos hacia la práctica concreta. El modelo permite, asimismo, hacer efectivo el derecho a la información, el derecho a la salud y el concepto de autonomía. Las mujeres pueden contar con la información necesaria para tomar decisiones informadas y manejar adecuadamente su propia salud. Permite movilizar a los profesionales de la salud para que estos se conviertan en garantes del ejercicio de derechos y en agentes de cambio social, ejerciendo una voz pública en el debate sobre aborto inseguro y movilizando a la comunidad con el fin de ampliar la participación social y ciudadana.[3]

Los objetivos del modelo son:

- Disminuir la morbi mortalidad materna de la mujer gestante por los abortos provocados.
- Disminuir los abortos provocados en condiciones de riesgo.
- Disminuir el riesgo del aborto inseguro.
- Disminuir la mortalidad neo-natal e infantil.
- Disminuir la necesidad de que las mujeres tengan que recurrir a abortos provocados; posicionando al aborto provocado como un problema sanitario y social complejo, que requiere un abordaje integral e integrado por parte de la sociedad y del equipo de salud.

3 Carino G, Barroso C, Ward V. Un modelo basado en derechos: perspectivas desde los servicios de salud. En Briozzo L. El aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay. Montevideo: Dedos, 2008.

En concreto, el modelo de reducción de riesgos y daños se basa en el concepto de que el aborto inducido tiene un antes y un después:

ANTES
Asesorar
*Alternativas al aborto
*Métodos de aborto y sus riesgos, incluyendo información sobre el misoprostol
*Empoderamiento.
*Análisis epidemiológico

ABORTO

Ilegal
Inseguro

DESPUÉS
Atención Integral
Post- aborto
*Prevención de complicaciones
*Rehabilitación integral
*Anticoncepción
*Análisis epidemiológico

La intervención está enfocada en estos dos momentos, el "antes" y el "después" con la idea de que aún si el aborto es ilegal, las mujeres que están contemplando interrumpir su embarazo deben tener acceso a una consulta pre y una consulta post con un equipo de salud interdisciplinario que les permita a las usuarias tener una atención integral y humanizada. Es claro que en estas instancias los profesionales de salud tienen la responsabilidad de actuar para prevenir o reducir los riesgos y daños asociados con el aborto inseguro a través de la provisión de información y asesoramiento. En la consulta pre, las usuarias reciben información sobre el marco legal, las opciones y alternativas disponibles en el país, incluyendo continuar con su embarazo, adopción y las condiciones para un aborto legal. Si la usuaria toma la decisión de interrumpir su embarazo, el equipo de salud le ofrece orientación e información sobre los riesgos asociados con los métodos menos seguros (como el uso de sondas o la inserción de tallos de perejil u otros elementos) y los métodos más seguros (como el uso de misoprostol). Además, el equipo le ofrece a la usuaria servicios de apoyo psicológico u otros servicios médicos que esta puede necesitar. Le informa a la mujer sobre la importancia de regresar para una consulta de seguimiento cualquiera sea su decisión. En la consulta post, los servicios deben incluir orientación sobre métodos anticonceptivos, medidas para prevenir complicaciones y otros servicios necesarios.

Basado en ese marco, Iniciativas Sanitarias y la IPPF/RHO han desarrollado un trabajo colaborativo para expandir e implementar el modelo al nivel regional. Esta colaboración está basada en una visión compartida y la convicción de que la atención de la salud es un derecho humano básico y que el acceso a la información es una herramienta fundamental para proteger la salud. En particular, las dos instituciones ven el acceso a la información como un pilar de la democracia, que promueve la equidad y permite la participación ciudadana de las mujeres.También, trabajan desde la perspectiva que los servicios para el embarazo no deseado deben ser abordados de manera integral, incluyendo asesoramiento, acceso a todo el rango de servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente los métodos anticonceptivos. Ambas instituciones reconocen la importancia de trabajar desde un abordaje interdisciplinario con contribuciones de profesionales de medicina, enfermería, psicología, trabajo social y otros.

Iniciativas Sanitarias procura posicionar a los profesionales como "parte de la solución", para que desde ese lugar puedan reconocer la importancia de su rol en el cambio de la relación sanitaria. IS ha establecido una concepción de análisis (epidemiológico – sociológico – antropológico) que permite identificar las necesidades de las comunidades y los equipos de salud e implementar una intervención que da respuesta a estas necesidades. Los pilares que sustentan esta estrategia de los profesionales de la salud se basan en los valores profesionales (compromiso, vocación, competencia y disciplina), y en los principios de la bioética

Para la IPPF/RHO, el modelo de reducción de riesgos y daños por aborto provocado es una estrategia fundamental dentro de una plataforma más amplia de trabajo en el área de aborto seguro que incluye expansión del acceso a los servicios legales y seguros y la disminución de los embarazos no deseados a través de la provisión de anticoncepción y de educación sexual integral. La IPPF/RHO cuenta con una red de 40 Asociaciones Miembros en América del Norte, América Latina y el Caribe que prestan casi 28 millones[4] de servicios de SSR cada año en las áreas de planificación familiar, ginecología, atención prenatal, VIH e ITS, atención integral para embarazo no deseado, educación en sexualidad, programas para jóvenes y mucho

4 IPPF/RHO Informe Anual 2009. Nuestra misión, nuestro éxito. Disponible en: http://www.ippfwhr.org (Acceso 29/09/10)

mas. Después de más de 50 años, la IPPF sigue trabajando para un mundo en donde las mujeres y los hombres tengan control sobre sus propios cuerpos y, por lo tanto, de sus destinos. Un mundo en donde son libres de decidirse o no por la paternidad; libres de decidir cuántos hijos van a tener y cuándo tenerlos; libres de procurar tener una vida sexual sana, sin el miedo de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Un mundo en donde el género y la sexualidad ya no sean causa de desigualdad o estigma.

El modelo de IS surgió del contexto y necesidades de la realidad uruguaya, no obstante, tiene relevancia para la mayoría de la región latinoamericana y otras partes del mundo. En su experiencia, IS ha identificado tres condiciones que son fundamentales para que el modelo pueda ser implementado de una manera exitosa en otros contextos:

1. Existencia de un grupo de profesionales de salud comprometidos y sensibilizados en temas de derechos y valores profesionales. Esto es importante para crear una base de liderazgo que pueda movilizar otras personas, empezar el proceso político y llevar a cabo el proyecto para implementar los servicios en las instituciones de salud.
2. Existencia de instituciones comprometidas, como las asociaciones miembros de la IPPF/RHO, que pueden liderar un proceso de implementación del modelo y buscar alianzas estratégicas. Éstas pueden incluir apoyo de Facultades de Medicina, Sociedades de Profesionales, el Ministerio de Salud o cualquier institución que pueda dar más legitimidad al modelo y facilitar el proceso de establecer un marco normativo sanitario.
3. Protección para el derecho a la salud, la libertad a la información, el secreto profesional y la ética médica. Esto implica que el derecho a la salud y el derecho a la información estén reconocidos en la constitución y que existan referencias al secreto profesional dentro de la constitución o el marco legal de la región y que haya conocimiento de los profesionales sobre su propio código de ética (ej. Constitución de la República Oriental del Uruguay 1967, cap II, Art. 44 http://www.parlamento.gub.uy/constituciones/const004.htm).

Como parte del proceso de generar un compromiso y preparar los equipos de salud para comunicar sobre su trabajo es importante que tengan una idea clara sobre los elementos y mensajes esenciales del modelo. Esta sección destaca algunos asuntos claves pero no contiene toda la información sobre el modelo y los temas. Para más información y detalles sería importante consultar la lista de recursos y referencias complementarios.

PILARES CONCEPTUALES DEL MODELO

La política de disminución de riesgos y daños:[5] el marco de la reducción de riesgos y daños se refiere a programas y políticas de salud pública que pretenden reducir los daños asociados con actividades específicas en lugar de prohibir la actividad misma. En ese sentido las acciones educativas y socio-sanitarias bajo este marco se llevan a cabo sin valoración moral previa sobre la conducta determinada.[6] Como estrategia, el marco de reducción de daños ha sido utilizado de manera efectiva para disminuir los efectos negativos del uso de drogas, incluso la transmisión de VIH/SIDA.

El profesionalismo médico[7] como el ideal del desarrollo de la profesión al servicio de la sociedad. Esto se basa en los valores inherentes a la profesión médica: vocación, disciplina, compromiso y competencia. Cuando se refiere a salud y derechos sexuales y reproductivos se debe ser particularmente estricto en la capacidad de entender, aceptar y adoptar el rol de defender y promover los derechos sexuales y reproductivos. Se debe priorizar la capacidad del cuidado de las perso-

5 Lapetina A. et al. Drogas y políticas sociales en el Uruguay de hoy. Paradojas, experiencias y desafíos. Montevideo: Frontera, 2003.

6 Burris S. Harm reduction's first principle: "the opposite of hatred". Int J Drug Pol 2004; 15:243-245.

7 Briozzo L, Faúndes A, The medical profession and the defense and promotion of sexual and reproductive rights. Int J Gynaecol Obstet, 2008; 100(3): 291-294.

nas y el respeto irrestricto de la confidencialidad, pues de este modo se protege la autonomía de la persona que está pasando por un período de gran vulnerabilidad. Es importante respetar el derecho de los médicos a preservar sus propios principios, pero también exigir a los mismos que estos principios morales o religiosos personales, no resulten en coacción o imposición de sus valores a la mujer – paciente – y a la comunidad.

La bioética y la deontología[8] basadas en el respeto y la promoción de los principios de autonomía, brindando toda la información necesaria para la toma de decisiones responsables; el principio de la beneficencia y no maleficencia, que implica actuar con la autorización de la usuaria según lo que ella considere beneficioso y no tomar ninguna medida que pueda perjudicarla; y el principio de justicia, que, desde el punto de vista de la salud se valora como justicia distributiva, se trata de la equidad para acceder a todos los recursos necesarios. Desde la bioética el profesional de salud debe reconocer la obligación de actuar ante una crisis de salud y esta acción debería basarse en el prerrequisito de posicionar a la mujer en situación de embarazo no deseado – no aceptado como un sujeto moral. En ese sentido, el modelo de reducción de daños no representa un cargo adicional a los profesionales, sino que la labor que involucra está dentro de su responsabilidad ética para preservar la salud y bienestar de sus usuarias.

8 Rotondo MT. Análisis ético del aborto provocado en condiciones de riesgo. En Briozzo L. ed. Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo. Montevideo: Arena, 2007:151-156.

Los marcos jurídicos de cada país: respetando las diferencias jurídicas de cada región, el modelo se adapta a los distintos contextos, ya que propone una estrategia intermedia. En ese sentido, es importante contextualizar en cada país y analizar el marco legal dentro del cual se desempeñan los profesionales, para poder propiciar los cambios operando desde ese escenario particular. Concomitantemente al compromiso ético, los profesionales que están trabajando en el modelo deben ser respetuosos del marco jurídico vigente. Al respecto, la confidencialidad y el secreto profesional, se posicionan como las bases del accionar médico.

El marco de los derechos humanos: si la mujer que cursa un embarazo no deseado-no aceptado es una ciudadana y como tal sujeto de derechos y si la atención integral en salud es un derecho humano, entonces el sistema de salud tiene que incluir las diferentes opciones por las que puede transitar la mujer.



ELEMENTOS ESENCIALES

1. **El sistema asistencial:** las instituciones prestadoras de servicios de salud son un componente esencial en la relación sanitaria. Serán las instituciones las que podrán generar los espacios habilitantes para que las usuarias ejerzan sus derechos y los equipos de salud desarrollen su práctica profesional de acuerdo con los principios éticos y valores profesionales. Esto significa por ejemplo que las instituciones deben tener políticas sobre la confidencialidad y mecanismos para que las usuarias puedan reportar problemas con respecto a sus experiencias con los servicios.

2. **Un servicio integral** que brinde asesoramiento a las mujeres y los jóvenes, dentro del cual el equipo de salud pueda abordar los diferentes componentes de la salud sexual y reproductiva: anticoncepción, sexualidad, embarazo no deseado, violencia, etc. La integralidad de los servicios está dada por la inclusión de los diferentes motivos de consulta así como el abordaje bio-psico-social de los mismos. Un servicio integral debe procurar mejorar la calidad de la atención de las mujeres en lo que refiere a salud sexual y reproductiva respetando y promoviendo los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos. Para las mujeres que están en una situación de embarazo no deseado – no aceptado, el servicio incorpora el asesoramiento a la "oferta asistencial" habitual en forma sustentable y completa. Este incluye una orientación integral en que las mujeres reciban información sobre todas sus diferentes opciones: continuar con el embarazo, interrumpirlo o buscar servicios de adopción. El servicio integral también pretende contribuir al proceso de cambio de conductas y actitudes con respecto a los derechos sexuales y reproductivos en la comunidad mediante el empo-

deramiento de las mujeres y sensibilización del cuerpo técnico asistencial. Además incluye servicios amigables para los adolescentes así como la inclusión del varón.

3. **Equipos interdisciplinarios:** En un servicio integral se trata de combinar saberes y ofrecer a las usuarias todo el apoyo de las diversas disciplinas que componen la atención en salud. Para contener la situación de la mujer en situación de embarazo no deseado-no aceptado en su dimensión biológica, psicológica y social, se requiere una complementariedad de miradas desde distintas disciplinas. De esto resulta la necesidad de generar un modelo de abordaje integral que permita a la mujer reflexionar sobre su situación, compartir sus dudas y miedos, valorar sus motivos. Contribuir a la toma de decisión responsable, adecuada a su contexto y sin exponerse a riesgos innecesarios. Se trata de proporcionar un espacio de contención, de reflexión y escucha para dilucidar dudas, temores y valorar las diferentes opciones. La atención interdisciplinaria a mujeres con embarazo no deseado implica que el equipo de salud acompaña a la usuaria en su decisión, independientemente de cuál sea. Idealmente, la consulta se realiza en forma conjunta un médico/a u obstetra partera y un/a psicólogo/a u orientador/a para abordar estas diferentes perspectivas. Sin embargo, si esto no es posible, lo más importante es que las usuarias tengan acceso a una consulta de este tipo que contemple los otros aspectos que acompañan su situación. Debe tener la opción de consultar un equipo interdisciplinario cuando es necesario. Si no es posible ofrecer estos servicios adentro de la misma institución es importante hacer convenios para referir a las usuarias.

4. **Aborto de menor riesgo:** Es aquel que se da, aún en la clandestinidad, dentro de un marco normativo con atención preaborto, uso de fármacos y atención post aborto. Se busca lograr por lo menos transformar el aborto en condiciones de riesgo o aborto inseguro en aborto de menor riesgo. La estrategia de reducción de riesgos y daños tiene como objetivo específico la disminución de los efectos negativos y las complicaciones de un potencial aborto provocado, a través de instancias de información y de contención a la usuaria. Con esta incorporación del problema del "aborto provocado" al sistema de salud, se busca por un lado, disminuir el riesgo y la necesidad del aborto en condiciones inseguras, pero también cambiar las actitudes del personal que se vincula con este profundo problema humano.

5. **Acceso al misoprostol:** El misoprostol es un fármaco declarado esencial por la OMS.[9] Una prostaglandina que inicialmente fue utilizado por indicaciones gástricas, actualmente es utilizado por un rango de indicaciones, incluso para inducir el parto, detener la hemorragia post parto y otros usos obstétricos/ginecológicos importantes. Es una droga que salva vidas alrededor del mundo. En perspectiva tiene un efecto como la penicilina en la década del 40: ataca las 2 principales causas de muerte materna: hemorragia post parto y aborto inseguro. La gestión del aborto en el mundo y en el Uruguay se hace a través de medicamentos y particularmente con misoprostol de manera auto administrada. Es un método seguro, cuya efectividad está basada en evidencias.[10 11]

Con respecto a la implementación del modelo de reducción de daños, es importante destacar información clara y correcta sobre el misoprostol y su utilización. Aunque el modelo no ofrece ni receta el misoprostol a las usuarias, se debe asegurar previamente que el medicamento está disponible y pensar en cómo hablar sobre el tema del acceso sin poner en peligro la disponibilidad del medicamento.

El misoprostol es un fármaco considerado esencial por la OMS.

Ataca las dos causas principales de muerte materna: hemorragia post parto y aborto inseguro.

En los países donde el aborto es legal es el método más utilizado.

Su efectividad y el uso está basado en evidencias científicas.

9 WHO Model List of Essential Medicines. 16 ed. Geneve: WHO, March 2010. Disponible en: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html (Acceso 07/10/10)

10 Bracken H. Ed. Prestación de servicios de aborto con medicamentos en contextos de bajos recursos: Guía introductoria 2a. ed. New York: Gynuity, 2009. Disponible en: http://gynuity.org/downloads/MA_guidebook_2nd_ed_sp.pdf ; http://misoprostol.org/File/Spanish.php (Acceso 13/10/10)

11 Faúndes A. Ed. Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología. 2ª. ed. FLASOG; 2007. Disponible en: http://www.flasog.org/images/misoprostol.pdf (Acceso 04/11/10)

6. Trabajo comunitario: El trabajo con la comunidad es inherente al planteo estratégico del modelo, y parte de la base de que el diálogo entre los equipos de salud y la comunidad es relevante para ambos componentes de la relación sanitaria. Para la promoción del diálogo en temas de salud es fundamental integrar el concepto de Resonancia Comunitaria.[12 13] Del punto de vista metodológico la Resonancia Comunitaria se basa en el empoderamiento de la comunidad, promoviendo su participación en los temas sanitarios, siendo la comunidad quien identifique los riesgos y daños locales en términos de salud y siendo los profesionales que operan como referentes locales quienes integren nuevos conocimientos que apuestan al cambio en la relación sanitaria. Un ejemplo de la resonancia comunitaria en práctica puede ser un encuentro cara a cara, donde los profesionales del centro de salud de referencia se acercan en Jornadas de diálogo a la comunidad para tratar temas relevantes que ella plantea. En el proceso las y los usuarios/as- se informan y satisfacen, multiplicando los aprendizajes con sus familias y otros integrantes de la comunidad.

El objetivo general de esta intervención es contribuir desde la acción comunitaria directa de los equipos de salud al cambio de la relación sanitaria y al desarrollo del empoderamiento de mujeres y comunidades. Los objetivos específicos de esta estrategia son:

- incrementar el acceso a los servicios;
- diseminar información clave a la comunidad sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos;
- fortalecer las alianzas interinstitucionales; y contribuir a modificar la base social de apoyo de los cambios legales, así como se brinda educación sexual y se promueven los derechos.

12 RSMLAC (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe). Los consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres, la mirada de la RSMLAC en cinco países de América Latina (Brasil - Chile - Colombia - Nicaragua - Perú), Santiago de Chile, 1999. Disponible en : http://guíagenero.mzc.org.es (Acceso 04/11/10)

13 Vera R. Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Atención Primaria de la Salud: la educación comunitaria de resonancia y la creación de espacios de aprendizaje y de ayuda mutua para el auto cuidado de la SSR. México: UNFPA Country Support Team for Latin America & the Caribbean UNFPA CST LAC, 1999. (Working Papers Series CST/ LAC NO. 27) Disponible en: http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/1999/atencion_primaria.pdf (Acceso 04/11/10)



PREMISAS DEL MODELO

Estar a favor de la vida

- Las instituciones que ofrecen el servicio de reducción de riesgos y daños están a favor de la vida.

- Esto se ve reflejado en las acciones desarrolladas para reducir la mortalidad materna, cambiando o mejorando las condiciones que ponen a las mujeres en situación de riesgo, promoviendo el acceso a la atención integral de salud sexual y reproductiva para que las mujeres no tengan que enfrentar una situación de embarazo no deseado.

- No promueven los abortos: Este trabajo contribuye a disminuir la necesidad de que las mujeres tengan que recurrir al aborto menos aun en condiciones que pueden afectar su vida y salud. La institución está a favor de la prevención en general y particularmente la prevención del aborto inseguro. El modelo está en contra del aborto provocado en condiciones de riesgo y de que las mujeres arriesguen su vida y su salud por un aborto mal practicado y busca generar condiciones para reducir estos riesgos.

- Científicamente no se puede determinar cuando comienza la vida humana, por lo tanto, independientemente de las concepciones personales, los profesionales de la salud deben ser tolerantes y respetar a los/las que piensan de otra manera y sobre todo ejercer el deber que tienen desde el punto de vista ético médico y de no maleficencia.

Promover los derechos humanos como la base del trabajo: la autonomía de las mujeres y el ejercicio real de sus derechos

- La perspectiva del modelo está basada en el ejercicio integral de los derechos sexuales y reproductivos, más allá de los contextos. Las mujeres como seres humanos son las más capaces para tomar decisiones conscientes sobre su salud y su vida. El modelo promueve el derecho a la información y el derecho a la atención integral en salud como derechos humanos básicos.

- El modelo intenta propiciar las condiciones para que las mujeres puedan ejercer sus derechos, teniendo en cuenta las construcciones culturales y sociales que limiten el proceso de toma de decisión e intentando revertir las situaciones de inequidad agravadas en los contextos de pobreza, incluso la inequidad de género y las construcciones del rol de la maternidad

- Los acuerdos internacionales y el marco internacional de los derechos humanos aporta y respalda la provisión de los servicios integrales en salud sexual y reproductiva, incluso el modelo de reducción de riesgos y daños. Este marco ofrece todas las herramientas jurídicas que requiere el sector salud para adoptar una política de asesoría y atención integral en salud sexual y reproductiva que permita enfrentar la morbi-mortalidad materna, como problema de salud pública, inequidad y exclusión social de las mujeres.[14] Estos derechos incluyen pero no están limitados a: el derecho a la vida; el derecho al bienestar y la salud integral; el derecho a la igualdad; el derecho a la información; derecho a la libertad y autonomía personal; el derecho a beneficiarse de los progresos científicos; y el derecho a la intimidad personal.

14 Women's Link Worldwide y la IPPF/RHO. Derechos humanos: la base para el asesoramiento integral en salud sexual y reproductivo (articulo por publicar); Access to information and services related to safe abortion as harm reduction and human right. A report of the Health Equity and Law Clinic, Faculty of Law, University of Toronto, 2010.

Los profesionales de salud tienen la responsabilidad de actuar

- El modelo actúa desde el deber médico y la responsabilidad profesional de velar por la salud de las mujeres asegurando el acceso a la información.

- La responsabilidad de los/las profesionales de salud es promover la toma de decisiones conscientes: libres, informadas y responsables. Independientemente del marco legal, una parte fundamental del modelo es el cambio en la relación sanitaria que incorpora el principio ético de respeto y promoción de la autonomía, mediante la comunicación asertiva de los profesionales que busca desarrollar el empoderamiento en los y las usuarias.

- El abordaje integral que plantea la estrategia se adapta a los diferentes contextos legales, ya que respeta y promueve los derechos, mejora la acción de los equipos de salud y su vínculo con la comunidad y genera las condiciones en el sistema de salud para la promoción de una gestión consciente de la misma.

El modelo de reducción de daños por aborto inseguro es una intervención innovadora y probada en salud pública que puede salvar vidas

- Se trabaja desde la estrategia de disminución de riesgos y daños donde el énfasis está en cómo se enfrenta una situación de embarazo no deseado – no aceptado, para reducir al mínimo los factores de riesgo en el proceso.

- El modelo de reducción de riesgos y daños tiene una historia larga y eficaz en el campo de salud, en cuanto a la reducción de la transmisión de VIH y los riesgos para usuarias de drogas. Está basada en los principios de proveer servicios educativo-sanitarios sin valoración moral previa. Los profesionales proveen de información para reducir los riesgos de la práctica. Los servicios de reducción de daños por aborto inseguro intentan dar a las usuarias información y apoyo para que puedan tomar una decisión informada, responsable y autónoma. De esta manera podrá realizarse un aborto de menor riesgo.

Implementar el modelo apoya los procesos hacia el cambio social

- Sabemos que la inversión en las mujeres es esencial para lograr las metas del milenio e mejorar el nivel de desarrollo social y económico en el mundo. Como explicó Kofi Annan, Secretario General anterior de las Naciones Unidas, "un estudio tras otro nos ha enseñado que no existe un instrumento para el desarrollo más eficaz que la autonomía de la mujer".[15]

- La solución es una triple estrategia integrada por: educación, acceso a la anticoncepción y servicios de SSR, y la legalización del aborto. Solo de esta manera se pueden cambiar las limitantes e inequidades que afectan a las mujeres y disminuir el embarazo no deseado y por lo tanto el número de abortos. Mientras se discute el cambio legal, lo que busca el proyecto es el aborto de menor riesgo pero a sabiendas de que esto no es la solución a largo plazo.

- El modelo de reducción de riesgos y daños reconoce que las realidades de pobreza, discriminación e inequidad social se convierten en una violación sistemática de los derechos de una gran parte de las mujeres, frecuentemente por parte del estado y las instituciones de salud. Estas violaciones incrementan la vulnerabilidad de las usuarias que enfrentan un embarazo no deseado en contextos restringidos y disminuyen su capacidad para acceder a los servicios. El modelo reconoce que todas las mujeres deben tener la oportunidad de recibir información y educación sexual en la escuela y en los servicios de salud para poder enfrentar estas violaciones sistemáticas de sus derechos.

15 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2007. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/Estado_mundial_de_la_infancia_2007.pdf (Acceso 13/10/10)

PREGUNTAS FRECUENTES

Se presentan aquí temas relacionados con el modelo que puedan ser difíciles para defender o explicar a la prensa, el público u otros actores. Estos temas fueron seleccionados después de hacer un análisis de las apariciones en los medios que han salido en Uruguay, Venezuela, Argentina y Brasil con respecto a la implementación del modelo en estos mismos países. Basado en este análisis, se proporciona aquí posibles respuestas a estos temas difíciles. La información que está incluida dentro cada tema no es una respuesta fija sino los puntos claves en el discurso del modelo y algunas posiciones posibles frente al tema.



Como otro insumo, en el paquete de materiales con esta guía, hay un DVD que tiene una entrevista extensiva, realizada con fines didácticos, al Dr. Leonel Briozzo, Profesor Titular de la Clínica Ginecotocológica "A" de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y Director de Iniciativas Sanitarias hasta el año 2009. Esta entrevista demuestra respuestas posibles a preguntas difíciles y proporciona ideas sobre cómo manejar el tema con los medios de comunicación. Es importante recordar que cada contexto local es distinto y las respuestas e información dada al público debe ser relevante y apropiada para el contexto y la audiencia. Además, cada individuo necesita buscar su propia manera para hablar sobre el tema frente al público, pensando en su posición social y profesional y su experiencia personal.



Dicen que el modelo está a favor de la vida pero ¿los asesoramientos apoyan a las mujeres para terminar la vida del embrión?

- El modelo busca prevenir situaciones de riesgo. A través de los asesoramientos, los profesionales ofrecen información sencilla y científica que permite que las mujeres entienden todas sus opciones y miran todos los puntos de vista para la toma de decisión. En los contextos tan restringidos con respecto al aborto se tienden a promover conductas de riesgo, producto de la falta de respuestas desde lo social y económico para ellas y sus familias.

- Los profesionales de salud tienen la obligación profesional de informar adecuadamente a las mujeres sobre sus opciones con respecto a un embarazo no deseado y los riesgos posibles que se exponen, cualquiera sea su decisión. Los profesionales no toman la decisión ni influyen, solo cumplen con su obligación ética y moral de prevenir daños a la salud y respetar la resolución consciente de las mujeres.

- Desde la ciencia no hay una opinión única sobre cuando comienza la vida por lo tanto las diferentes opiniones deben ser respetadas.

- Toda mujer que se encuentra cursando un embarazo no deseado - no aceptado sigue siendo una ciudadana sujeto de derechos y por lo tanto le corresponde recibir la atención integral en salud. En este momento la mujer se encuentra en una situación de extrema vulnerabilidad y el Estado y los profesionales y equipos de salud deben hacer todo para salvaguardar su salud y su vida.



Dentro del espacio de la consulta los profesionales ¿pueden brindar información sobre dónde obtener un aborto? O sobre ¿cómo hacerse un aborto?

- El modelo está basado en cumplir con el deber médico de brindar información que puede salvaguardar la salud y la vida de las mujeres. En el asesoramiento, los profesionales no asesoran sobre dónde obtener un aborto ni dan información sobre cómo conseguir el misoprostol. Ofrecen información sobre la gama de opciones y los riesgos de las diferentes prácticas ante la posibilidad de interrupción de embarazo.

- Un elemento fundamental de este modelo es que los profesionales de salud que participan en el servicio están cumpliendo con su deber profesional y la bioética. No son jueces ni policía, su rol como profesionales de la salud es evitar los abortos inseguros, defender la salud de las mujeres y su derecho a la información.

- Es importante recordar que la práctica médica se sustenta en los cuatro pilares fundamentales de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia en un marco de confidencialidad, amparados por el secreto médico.

- En Uruguay, el modelo esta respaldado por ley: Desde diciembre del 2008 la estrategia desarrollada por IS fue promulgada en la nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva (Nº 18.426).[16 17] Impulsado por el colectivo profesional de IS, tras los resultados obtenidos con la implementación del modelo, fue incorporado como ley. Por lo que brindar asesoramiento integral a las mujeres que cursan un embarazo no deseado-no aceptado es obligatorio en todo el país. Aunque el aborto en sí continúa penalizado, este nuevo marco legal habilita y respalda el desarrollo del modelo en beneficio de la salud de las mujeres. Es importante resaltar que IS comenzó a desarrollar esta labor sin este marco legal favorecedor (años 2001 al 2004). Esto no fue un impedimento para implementar el modelo sino que permitió luego generar cambios en las políticas públicas.

16 Uruguay. Ley 18.426 Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva. Dic. 2008. Disponible en: http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor= (Acceso 14/10/10)

17 Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Ordenanza 369/04. Normativa de Atención Sanitaria y Guías de Práctica Clínica. "Asesoramiento para una maternidad segura. Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo". Montevideo: MSP, 2004. Disponible en: www.iniciativas.org.uy (Acceso 14/10/10)



¿Cómo se siente como profesional de salud asesorando sobre un tema que es ilegal en su país?

- Antes de ser un tema legal – jurídico, para los médicos y los profesionales de salud el aborto es un tema de salud pública. Enfrentar un embarazo no deseado y buscar acceso a información no es un delito.

- Lo deseable es que haya menos abortos y estos servicios permiten que las mujeres eviten los abortos inseguros y dan información sobre todas las opciones, incluso que pasa si continúa con el embarazo o si no continúa. El modelo defiende la salud de la mujer, su derecho a la información y la toma de decisiones autónomas.

- ¿Qué es un delito? Sin duda se busca prevenir el aborto inseguro como la más grave causa de muerte materna. Más importante que la obligación de denunciar es la obligación de cumplir con el deber y respetar los derechos de las mujeres, evitando que las mujeres se mueran por el aborto inseguro porque no tienen información adecuada que puede salvaguardar su vida.

- Las leyes restrictivas no representan a las necesidades de la población en términos de embarazos no deseados y es importante modificarlas, también existe un marco de derechos y pactos internacionales que debería regir el espíritu de la ley sin olvidar los valores de cada sociedad directamente relacionados a la integralidad de los individuos.

4 ¿Qué posición toman respecto al proceso de revisión de las leyes actuales sobre el aborto y la despenalización?

- Acerca de la despenalización: se apoyan leyes que tiendan a disminuir la injusticia social, la falta de acceso a servicios integrales de salud, a la eventual necesidad de interrumpir un embarazo y promueven acciones que abran el discurso alrededor de estos temas e intenten reducir el aborto inseguro y mejorar el acceso a servicios seguros y legales.

- Los procesos que lleven a los posibles cambios en la ley no acompañan las necesidades actuales de las mujeres, mientras se debaten los cambios debemos seguir trabajando para la reducción de riesgos y daños en situaciones de embarazo no deseado.

- Apoyamos toda iniciativa que vaya a favor de los derechos a las mujeres y el derecho a decidir, sin embargo, nuestro trabajo tiene un componente de reducción de riesgos y daños que es posible aplicar bajo cualquier marco legal, sobre la base principal del derecho a la salud y el derecho a la información.



¿Qué información les dan a las mujeres sobre el Misoprostol?

- Es importante comunicar que el misoprostol no es sólo para los abortos, es una droga que salva vidas alrededor del mundo. La OMS lo declaró un medicamento esencial y es utilizado para inducir el parto, parar la hemorragia post parto y otros usos obstétricos/ginecológicos importantes (apoyado por FLASOG, FIGO y otros). Existen múltiples investigaciones científicas que demuestran la eficacia y seguridad del misoprostol

- Se les informa a las mujeres acerca de los métodos menos seguros y más seguros para realizarse un aborto, incluyendo información sobre lo recomendado por la OMS, los que se utilizan en países donde el aborto es legal. Según las evidencias científicas el uso del misoprostol es uno de los métodos más seguros. Para proteger la salud de las mujeres en la consulta se da información sobre este método. En muchos países el acceso a esta medicación está restringido, razón por la cual no se receta ni se provee el mismo en el servicio.

- El acceso a la información sobre los avances científicos es un derecho humano fundamental. El modelo representa una aplicación efectiva de este derecho. Democratizar la información de modo que no solo las mujeres que tienen recursos puedan acceder a ella y hacerlo accesible es un deber ético de los profesionales.

LOS/LAS PROFESIONALES DE LA SALUD COMO AGENTES DE CAMBIO

La temática de aborto provocado en condiciones de riesgo es muy dilemática, sin embargo los equipos de salud tienen un rol importante al expresarse sobre estos temas y deben trabajar de forma complementaria con otros actores en proyectos de advocacy. Advocacy se define como la utilización estratégica de información y acciones para cambiar políticas que afectan la vida de las personas.[18] El trabajo de advocacy puede tomar formas diferentes: el advocacy externo busca producir cambios específicos en las políticas, leyes y financiamientos a nivel local, nacional e internacional para garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Mientras el advocacy interno busca generar cambios dentro de los servicios y la relación sanitaria para cambiar las relaciones de poder y promover la autonomía de las usuarias. En general, los profesionales de salud no ven su rol en la incidencia política, sin embargo, la experiencia de Iniciativas y la IPPF/RHO en la implementación del modelo ha mostrado que los equipos y las instituciones de salud juegan un rol importante tanto en el advocacy externo como el advocacy interno para defender los derechos de las mujeres y presentar el marco de aborto inseguro como un problema de salud pública y justicia social. Dentro del modelo de reducción de daños, los profesionales de salud se convierten en actores de cambio a través del cumplimiento de su deber profesional para ayudar las personas e informarles de una manera imparcial.

18 Hord CE. Construir acceso al aborto seguro: una guía práctica para el advocacy. Chapel Hill: IPAS, 2002. Disponible en: http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file619_2842.pdf (Acceso 14/10/10)

Para llevar adelante este trabajo en advocacy, es importante que las instituciones y los profesionales cuenten con herramientas y estrategias eficaces. Se necesita también construir un discurso claro para interactuar con los medios de comunicación.

En esta sección, se destacan algunas consideraciones importantes para facilitar el desarrollo de una estrategia de advocacy.

ANÁLISIS DEL CONTEXTO LOCAL

El primer paso para diseñar una estrategia de incidencia política es llevar a cabo un análisis del contexto local (político, social, etc.) en relación al tema de aborto provocado. Para ello es necesario:

1. Facilitar un proceso de análisis con un ejercicio de mapeo político, legal, social y de medios de comunicacion. Esto debe incluir un análisis de los actores principales (políticos, autoridades de salud, médicos, etc.), identificando quienes son aliados con respecto al tema de aborto y los que promueven el modelo y quienes lo obstaculizan y sus niveles de poder. Es importante también considerar el rol de la religión u otros factores culturales que pueden tener un impacto en el debate. Existen diversas metodologías para realizar este tipo de análisis y para más información consultar la lista de recursos y referencias complementarios.
2. Dentro del análisis legal, se debe revisar la constitución, las leyes y las regulaciones sanitarias con respecto al tema de aborto. En particular, es importante buscar información sobre el derecho a la información, confidencialidad y protección para el secreto profesional.
3. Dentro del análisis social, es importante mirar el rol de los medios de comunicación en el contexto local y revisar el abordaje que los medios realizan con respecto al tema, así como el lenguaje y las posiciones que asumen.
4. Analizar particularmente si existe debate sobre misoprostol y quienes están involucrados en dicho debate y con qué tipo de declaraciones. Esto es importante conocerlo antes de salir a hablar públicamente de este tema.

FORMADORES DE OPINIÓN

Un aspecto importante del modelo es que permite a los profesionales de la salud transformarse en líderes y voceros, asumiendo una responsabilidad de transmitir a sus colegas una concepción distinta de la profesión que los ubica como actores claves en el proceso de desarrollo social. En ese sentido, es importante buscar espacios profesionales para hablar sobre el tema de aborto y la salud sexual y reproductiva, como reuniones locales de la sociedad profesional de médicos y de otras profesiones directamente vinculadas a la salud de las mujeres o talleres dentro de las instituciones de salud, la Facultad de Medicina, Colegios de psicología o enfermería, etc. Con el reconocimiento de que la posición social de los profesionales de salud sea una posición privilegiada, es importante asegurar que hay profesionales capacitados y preparados para salir a la opinión pública dado que las declaraciones públicas son una oportunidad para propiciar el diálogo sobre aquellos temas que el Estado no está abordando e incidir con tomadores de decisión o aliados importantes.

USO DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Toda estrategia de advocacy tiene que preparar un cuerpo de argumentos que debe estar basado en la evidencia científica. Los integrantes del equipo que escriben o hacen declaraciones deben manejar cifras veraces y actualizadas sobre todos los elementos e indicadores vinculados con el modelo, no sólo de nivel nacional si no regional y global también. Por ejemplo, debe manejar datos de mortalidad materna, de acceso a anticoncepción, de violencia sexual, datos clínicos del uso de misoprostol, así como también estadísticas actualizadas de los resultados de la implementación del modelo ya que agrega legitimidad y consistencia a la información que reporta.



DIFUSIÓN

En contextos locales donde sea factible, es importante pensar en una estrategia para la difusión que contenga información concreta sobre los servicios, a la vez que promueva los objetivos generales del proyecto. Los equipos de salud pueden utilizar los medios de comunicación para llegar a la población más alejada geográficamente. Por ejemplo, se puede desarrollar una estrategia para tener un espacio en programas de televisión o radio para hablar sobre el modelo y los servicios, para comunicar información clave y promover de esta forma el acceso. También es conveniente diversificar los medios a los que se le otorgan declaraciones y las personas que las realizan, teniendo en cuenta los múltiples factores que se ponen en juego a la hora de identificarse con un discurso, su emisor y su canal. Sin embargo, en muchos países de la región, la posibilidad de ser tan público sobre el modelo frente a los medios dependerá de la situación legal, social y política del país.

Es fundamental visualizar la posibilidad de salir en la prensa como una oportunidad y no como una amenaza, el dar a conocer la experiencia públicamente legitima la labor a la vez que permite a las mujeres conocer el servicio. Al hacer declaraciones públicas es importante aportar información clara y confiable, compartir datos o evidencias científicas que prioricen y respalden el abordaje del embarazo no deseado como un tema de salud. De esta manera se ejerce cierto control sobre la información aportada. Debido al amplio alcance de los medios, una aparición puede tener consecuencias directas en la población facilitando el acceso a los servicios. Para esto es preciso identificar periodistas comprometidos, promover instancias para trabajar con la prensa previamente y sensibilizar acerca de esta temática.

Todo esto mejora las condiciones para el manejo de la información.

OBJETIVOS EN LOS MEDIOS Y EL DEBATE

En contextos donde sea posible, dentro de una estrategia de advocacy es oportuno utilizar los medios para dar información calificada, neutralizar ideas controvertidas, mantener los mensajes claves predefinidos y "destruir" conceptos equivocados que obstaculizan la comprensión del modelo. La idea no es alimentar debates sino utilizar mensajes predefinidos para promocionar la propuesta y comunicar para lograr el objetivo específico de la estrategia. Esto es importante para evitar debates no estratégicos con grupos religiosos o movimientos de la oposición. La esencia de los mensajes debe mantenerse constante, sin embargo los mismos pueden ser adaptados a las distintas audiencias, teniendo en cuenta lo que podrá ser recibido por éstas.

LINEAMIENTOS PARA INTRODUCIR EL DISCURSO PÚBLICO A LOS EQUIPOS DE SALUD



LOS EQUIPOS COMO GENERADORES DE OPINIÓN EN LOS DISTINTOS ESCENARIOS

Un elemento fundamental es la capacitación interna a los equipos que están trabajando este modelo que incluya aspectos relacionados a la difusión del mismo y su defensa pública en diferentes ámbitos. La idea es fortalecer la capacidad de los equipos de comunicar en su entorno claramente cual es su trabajo en el área de la salud sexual y reproductiva, así como tener las herramientas para hacer declaraciones o hablar públicamente sobre el modelo. Un objetivo de la guía es que sea utilizada por los equipos que aplican el modelo para desarrollar la capacidad de ser generadores de opinión.

En el Anexo A, se ofrecen algunos lineamientos y ejemplos de actividades para contribuir y sensibilizar a los equipos de salud a la hora de posicionar el modelo y hablar sobre su trabajo. Estas actividades en si mismas no son suficientes para capacitar los equipos para hablar públicamente con la prensa o el gobierno sino prepararlos para ser mejores representantes o voceros del modelo. Además, a través de estas actividades, se puede identificar algunos profesionales que tengan las capacidades de ser voceros oficiales y hacer declaraciones públicas. El desarrollo de las habilidades de hacer declaraciones públicas es un proceso continuo que va mucho más allá de un taller. En la lista de recursos, están incluidos otros insumos y organizaciones relacionados con este tema.

METODOLOGÍA DE TRABAJO CON LOS MEDIOS

MARCO DE ACCIÓN

Los medios de comunicación han sido aliados importantes en Uruguay y pueden ser aliados importantes en el trabajo de la implementación del modelo de reducción de riesgos y daños en cualquier país. Sirven como una fuente de información para las comunidades y el público pero además son formadores de opinión sobre el tema. Por eso, es importante que los temas de salud sexual y reproductiva y los derechos estén incluidos en la agenda de los medios de comunicación.

Tomando en cuenta el rol clave de los medios, se presentan aquí algunas estrategias para llevar a cabo un proceso de acercamiento con los periodistas que abordan estos temas y crear así un ambiente favorable para desarrollar el trabajo. Este implica que las organizaciones y equipos de salud que están trabajando en este modelo desarrollen una estrategia de comunicaciones que va más allá del trabajo con las periodistas. Es decir, es importante definir mensajes claves sobre el modelo, producir materiales promocionales y estar preparado para enfrentar cualquier crisis con los medios. En este aspecto, es necesario vincular los argumentos y estrategias legales para defender el modelo con la estrategia de comunicaciones.

CUADERNO DE PRENSA

El cuaderno de prensa es una estrategia que ayuda a asegurar que los periodistas cuentan con la información adecuada sobre los temas de SSR. Consiste en convocar y contratar un grupo de periodistas reconocidos en el país para escribir una serie de artículos sobre los derechos de las mujeres frente a la salud, con un enfoque en embarazo no deseado, interrupción legal del embarazo, los derechos sexuales y reproductivos, etc. El objetivo del cuaderno es crear una fuente de información sobre los temas SSR para los medios de comunicación, escrito por personas respetadas en su profesión. El grupo debe representar áreas distintas, como radio, televisión, y los diarios. Dentro del cuaderno, se puede incluir un glosario de términos relacionados con la SSR.

Cuando esté listo el cuaderno, se puede escoger un día relevante (como el día internacional de la mujer, día de la madre o el día internacional contra la violencia) y mandar el cuaderno (o entregarlo personalmente) a los periodistas en el país con una carta de presentación que busca el apoyo de la prensa en su trabajo a la vez que colabora en la cobertura de estos temas. El cuaderno les ayuda a fortalecer la credibilidad de la institución con la prensa y crear una relación de beneficio mutuo.

EVENTOS PARA LA PRENSA

Otras acciones incluyen organizar eventos específicos para los periodistas que posiciona la institución como un referente importante en los temas de SSR. Por ejemplo, se puede organizar un almuerzo sobre un tema clave y relevante en el país (anticoncepción de emergencia, mortalidad materna por aborto inseguro) e invitar referentes importantes de la prensa. Dentro del evento, se puede diseminar un documento sobre el tema, tener un stand con otras publicaciones y entregar una encuesta breve para identificar otros temas de interés para ellos. Idealmente, estos tipos de eventos y actualizaciones con los periodistas se deben realizar de manera consistente y permanente.

CONCLUSIONES

El aborto es un tema complejo y polémico, sin embargo, las instituciones de salud y los profesionales de salud tienen la responsabilidad de responder al tema desde la perspectiva de salud pública y los derechos humanos. Dentro del deber médico, los profesionales de salud tienen la obligación de ayudar a la toma de decisiones conscientes: libres, informadas y responsables. El modelo de reducción de riesgos y daños frente el aborto provocado intenta cumplir con esta obligación, permitiendo una respuesta inmediata y compasiva para las mujeres que están enfrentando un embarazo no deseado. La implementación de este modelo en las instituciones de salud tanto en el sector público como en el sector privado genera una oportunidad importante de expandir los servicios de SSR basado en los derechos a la vez que permite generar una relación más equitativa entre las usuarias y los profesionales de salud. Más allá de esto, el modelo puede servir como un mecanismo esencial para el desarrollo social a través de la creación de las políticas públicas que aportan la disminución de la mortalidad materna e incrementan el acceso a servicios de aborto legal y seguro.

LISTA DE RECURSOS

El modelo de reducción de riesgos y daños contra el aborto provocado en condiciones de riesgo

- Briozzo L. Aborto en condiciones de riesgo en Uruguay. Montevideo: Dedos; 2008. Disponible en: *http://www.iniciativas.org.uy/*. (Acceso 04/10/10)
- Briozzo L, Vidiella G, Rodríguez F, Gorgoroso M, Faúndes A, Pons JE. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. Int J Gynecol Obstet. 2006; 95:221–226. Disponible en: *http://www.iniciativas.org.uy/*. (Acceso: 04/10/10)
- Briozzo L. Aborto provocado: un problema humano. Perspectivas para su análisis, estrategias para su reducción. Rev Med Urug. 2003; 19(3):188-200. Disponible en: *http://www.rmu.org.uy/revista/2003v3/art2.pdf* (Acceso 14/10/10)
- Briozzo, L. La crisis como oportunidad: reformulando la relación sanitaria. Rev Med Urug. 2007; 23(3):139-141. Disponible en: *http://www.rmu.org.uy/revista/2007v3/art1.pdf* (Acceso 14/10/10)
- Carino G et al. A rights-based model: Perspectives from Health Service Providers. IDS Bulletin 2008; 39(3):77-82.
- C. Stapff, et al. Integralidad de la consulta en el Servicio de Salud Sexual y Reproductiva. Arch Ginecol Obstet (Uruguay) 2008; 46(2):39-74. Disponible en: *http://www.iniciativas.org.uy/*. (Acceso: 04/10/10)

Aborto inseguro y la mortalidad materna

- Singh S, et al. Aborto al nivel mundial: Una década de progreso desigual, New York: Guttmacher Institute, 2009. Disponible en: *http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/Entire%20Monograph%202010%20ES.pdf* (Acceso 05/10/10)
- IPPF. Muerte y Negación: Aborto inseguro y pobreza. Londres: IPPF, 2006:20. Disponible en: *http://www.ippfwhr.org/sites/default/files/files/Death_Denial_Sp_0.pdf* (Acceso 05/10/10)
- World Health Organization. Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. WHO: Geneva, 2007. *http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596121_eng.pdf* (Acceso 05/10/10)
- Warriner IK, Shah IH. Preventing unsafe abortion and its consequences: priorities for research and action. New York: Guttmacher Institute, 2006. Disponible en: *http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/0939253763.pdf* (Acceso 05/10/10)
- Guttmacher Institute. Rights and responsibilities: healthy pregnancies, contraceptives and abortion. Disponible en: *http://www.guttmacher.org/programs/RR-LAC.php* (Acceso 05/10/10)
- IPAS. [Página web en Internet] Chapel Hill, NC, USA c1998-2010. Disponible en: *http://www.ipas.org/Spanish/Que_Hacemos.aspx*
- Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro (CLACAI) [Página web en Internet] Lima, Perú. Disponible en: *http://www.clacai.org/*
- FLASOG, [Página web en Internet] c2006-2010. Disponible en: *http://www.flasog.org/home/home.asp*

Información sobre aborto con medicamentos

- Gynuity Health Projects, recursos en español. Disponible en: *http://gynuity.org/resources/language/cat/espanol/*
- Faundes A. ed. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología. 2ª ed. FLASOG, 2007. Disponible en: *http://www.flasog.org/images/misoprostol.pdf* (Acceso: 05/10/10)

Herramientas para incidencia política

- IPPF/RHO. Manual para el mapeo político y manual de planeación en advocacy. New York: IPPF/RHO, 2009. Disponible en: *http://www.ippfwhr.org/es/recursos/advocacy* (Acceso 05/10/10)
- IPPF. Access to Safe Abortion: a tool for assessing legal and other obstacles. Disponible en: *http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/6649ED84-2EA1-4C88-8A86-CA19BBB19463/0/AbortionLawToolkit.pdf* (Acceso 05/10/10)
- Turner KI, Weiss E, Gulati-Partee G. Prestadores de servicios como promotores de la atención segura del aborto: Manual de capacitación. Chapel Hill, NC: Ipas, 2010. Disponible en: *http://www.ipas.org/Publications/Prestadores_de_servicios_como_promotores_de_la_atencion_segura_del_aborto_Manual_de_capacitacion.aspx?ht=* (Acceso 05/10/10).
- Center for Reproductive Rights. Making abortion safe, legal and accesible: a toolkit for action. Disponible en: *http://reproductiverights.org/en/document/making-abortion-safe-legal-and-accessible-a-toolkit-for-action-0* (Acceso: 05/10/10)

Información sobre la base teórica del modelo de reducción de riesgos y daños

- The Harm Reduction Coalition. [Página web en Internet] New York, *http://www.harmreduction.org/*
- Open Society Foundations. Public Health Program. Harm Reduction & Drug Use. New York. C2010. Disponible en: *http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd*
- Lapetina, A. *Reducción de riesgos y daños y promoción de salud: desde las drogas al aborto*. En: Briozzo L. Aborto en condiciones de Riesgo en Uruguay. Montevideo: Dedos, 2008.
- Lapetina, A. et al. Drogas y políticas sociales en el Uruguay de hoy. Paradojas, experiencias y desafíos. Montevideo: Frontera, 2003.

ACTIVIDADES CON LOS EQUIPOS DE SALUD



PILARES DEL MODELO

En un primer momento partimos de la identificación personal de los pilares del modelo y sus beneficios a la población.

Se les da a los participantes 5 minutos para reflexionar y registrar estos puntos.

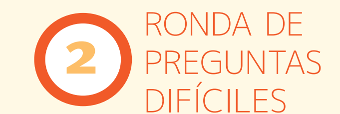
A cada participante se le asigna un rol representativo de nuestra sociedad, con quien se puede encontrar en diferentes espacios sociales por ejemplo, amiga de una hija adolescente, mujer jubilada que hace caridad en la iglesia, suegro, cajera de supermercado, etc.

En duplas, una persona decide primero ser el representante de la asociación miembro de IPPF/RHO o Iniciativas Sanitarias que responde sobre los pilares del modelo y su aporte a la sociedad a quien lo interpela desde su nuevo rol. En un segundo momento cambian los roles. Este espacio se cronometrará cada 2 minutos.

En plenario se analiza la elaboración personal y las respuestas que dieron en la interacción.

Preguntas:

- ¿Cómo se sintieron en los dos momentos?
- ¿Qué fue lo más difícil de explicar y lo más fácil?
- ¿Qué tipo de información dio dependiendo de con quién se encontró?
- ¿Cuáles fueron los ejemplos de respuestas buenas que recibió?



RONDA DE PREGUNTAS DIFÍCILES

El grupo se divide en A y B, de esta forma se administra en 2 momentos las preguntas y quienes darán respuesta.

De las 20 preguntas difíciles se le asigna una a cada persona A y esta debe responderle a su compañero B de la derecha.

Todos empiezan al mismo tiempo y tiene 1 minuto para responder

Luego comienza a responder la persona B a la persona A de la derecha y este proceso continúa hasta haber agotado las preguntas designadas.

Luego las personas A cambian con las personas B a la hora de responder a las preguntas de ellas.

Establecer el número de preguntas de acuerdo al número de participantes, se aconseja realizar entre 5 y 7 respuestas por participante.

Realizar un plenario:

- ¿Cuáles fueron las preguntas y temas más difíciles?
- Identificar los mensajes claros y asertivos.
- Discutir estrategias para manejar temas controvertidos.
- Recordar que no siempre hay que responder, que temas no queremos abordar y que mensaje si queremos transmitir.

3 CONFERENCIA DE PRENSA

En esta actividad los participantes del taller tienen la oportunidad de hacer un rol playing de una mesa redonda del debate.

Se designa el facilitador, el representante del equipo de salud que trabaja en el servicio, un representante del estado, Ministerio de Salud, una persona del movimiento feminista, un representante de la iglesia, etc. El resto de los participantes son distintos periodistas.

Se selecciona un tema controvertido, actual y se comienza a debatir de acuerdo al rol establecido.

Las preguntas las realizan los periodistas y el facilitador maneja los tiempos y redondea las intervenciones.

Realizar un plenario para discutir la actividad y las reacciones de los participantes.

Otras consideraciones:

- Darle a los equipos un espacio trimestral de encuentro para realizar actividades específicas sobre el tema de comunicación del modelo.
- Mantener informados a los equipos enviándoles vía mail o compartiendo la aparición de los temas en la prensa.
- Componer una carpeta de prensa de fácil acceso para las personas de la institución.
- Este espacio intenta fortalecer internamente a los equipos que están trabajando en el modelo y aquí se reflejan algunos abordajes posibles, lo fundamental es el espacio de discusión interna que promueva con respecto al tema en el que se expresen todos los involucrados.

PREGUNTAS DIFÍCILES (PARA ACTIVIDAD 2)

- ¿Cómo una institución pública de salud va a asesorar para que una persona haga algo que esta penalizado?
- ¿Llegan ustedes a sugerir donde y con quien efectuarse un aborto? ¿Dónde conseguir el misoprostol?
- ¿Cómo se posicionan ustedes a favor de la vida?
- ¿Cuál debe ser el plazo máximo para el aborto?
- ¿Puede el modelo ser confundido con apología del delito?
- Parece que el modelo es otra manera de legitimizar la hegemonía de los profesionales de salud y reemplazar el espacio y la voz de las feministas y las mujeres que están luchando hace mucho por el derecho a decidir.
- ¿Si quiere cambiar la relación sanitaria en un nivel más amplio, como va a llegar a los profesionales que trabajan en centros fuera de aquellos en los que está implementando los servicios de reducción de daños?
- ¿No piensa que el modelo y la normativa permiten al estado no avanzar con un cambio legal más amplio y no cumplir con sus responsabilidades dentro de las convenciones de derechos humanos?
- ¿Cómo pueden ofrecer asesoramiento a adolescentes sin el consentimiento de sus padres?
- ¿Por qué se trata de levantar las regulaciones sobre misoprostol y proteger el acceso en vez de abogar por el cambio legal?

- Te encuentras con la madre de un amigo/a de tu hija/o y te pregunta: ¡¡¡Te vi en la tele!!! ¿estás con el aborto??
- Habiendo tanta información, parece mentira que las mujeres se sigan embarazando si no quieren... ¿no te parece?
- Una vecina muy querida de 73 años te encuentra y te dice: -¿Viste que espantoso, esas mujeres que abortan?
- Un colega te pregunta: ¿No pensaste que si se legaliza el aborto, las mujeres la van a tener fácil y van a dejar de cuidarse?
- En una reunión de amigos te preguntan: ¿No tienes miedo de que se te complique para conseguir trabajo en lo privado si te identifican con el tema del aborto?
- Yo no estoy de acuerdo con el aborto pero en casos “como las VIH” me parece bien. ¿Y a usted?
- En la salida de la escuela de tu hijo/a la maestra se acerca y te dice: Me contó tu hija donde trabajas...pero creo que no entendí bien... ¿Cómo es eso del aborto?
- Tu suegra te pregunta: Creo que el gobierno debería ligar a todas las mujeres pobres para que no traigan más hijos al mundo ¿no?
- En una reunión social te pregunta un juez: ¿Para qué sirve lo que ustedes hacen si igual no le solucionan el problema a las mujeres?



Iniciativas Sanitarias
Br. Artigas 1550
CP 11600
Montevideo, Uruguay

www.iniciativas.org.uy
Tel. (598) 227-082-549



International Planned
Parenthood Foundation/
Western Hemisphere Region
120 Wall Street, 9th Floor
New York, NY 10005

www.ippfwhr.org/es
Tel. (212) 248-6400